

## **GUIDE DE LECTURE RAPIDE DES TABLEAUX MAT2A MCO OQN**

### **REMARQUES :**

Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Ces données sont comparées

- aux données de l'année 2007 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par soucis de lisibilité. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 sont celles de M12 2007 et sont hors erreurs (cf. séjours supprimés tableaux 00 et 02\_2 A)
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

**Les séjours supprimés dans les tableaux 00 et 02\_2 A le sont dans le RSA et dans les RSF.**

A partir du 1<sup>er</sup> mars 2008, les prestations ATU, FFM et SE (SE1, SE2, SE3 et SE4) doivent être transmises dans les RSF.

Dans la suite on appellera une facture, un ensemble d'enregistrements (ligne de facture) commençant par un RSF de type A. La constitution des fichiers de RSF a été modifiée par rapport aux années précédentes et on autorise la production de plusieurs factures pour un même séjour. Les séjours sont identifiés sur les RSF par le numéro de RSS, et sont couplés à un seul RSS. On peut donc avoir plusieurs RSFA pour un seul RSS. Ceci permet de réunir sous le même séjour les annule-remplace et les compléments de factures.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableaux 00 : Factures supprimées</b>	<b>3</b>
<b>ANALYSE DU RSA</b>	<b>5</b>
Tableaux 01 : RSA transmis sur la période	5
Tableaux 02_1 : Chaînage	5
Tableau 02_2 : Analyse des codes de prise en charge	7
Tableau 02_3 : Analyse des données déjà envoyées	8
Tableau 04 : Répartition des séjours avec incompatibilité DG/Acte	8
Tableau 05 : Pourcentage et répartition des codes retour facultatifs	8
Tableau 06 : Répartition du mode de sortie	9
Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée	9
Tableau 08 : Répartition des différences de groupage (séjours hors période)	9
Tableau 09 : Répartition de différents types de séjour	9
Tableau 10 : GHM à fort taux de DC	10
Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique	10
Tableau 12 : Casemix G.H.M. - C.M.D. 1 à 23 - 25 à 27 - Groupe 90H02Z	10
Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	11
Tableau 14 : Casemix G.H.M. - C.M. 24 hors séances - Groupe 90H03Z	11
Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement	11
Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	12
Tableaux 17 : Analyse des complications	12
Tableaux 18 : Analyse des complications sévères	13
Tableaux 19 : Prise en charge CM24	14
Tableau 20 : Répartition des codes géographiques	14
Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	15
Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation	15
Tableaux 23 : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments	15
<b>ANALYSE DU RSF</b>	<b>16</b>
Tableau 30 : Analyse des retours NOEMIE	16
Tableau 31 : Codes prestation des RSF avec ATU, FFM ou SE	16
Tableau 32 : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA	16
Tableau 33 : Séances de chimiothérapie, transfusion et caisson hyperbare (hors facture nulle NN)	17
Tableau 34 : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)	17
Tableau 35 : Différences de groupage AGRAF RSF - hors dialyse et NN	18
Tableau 36 : Analyse comparative des EXH et EXB - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)	18
Tableaux 37 : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonatal (hors facture nulle NN)	18
Tableau 38 : Codes prestations	19
Tableau 39 : Case-Mix GHS	19
Tableau 40 : Analyse des RSFP	19
Tableau 41 : Analyse des RSFI	20

<b>Tableaux 00 : Factures supprimées</b>
--

Concernant les prestations ATU, FFM et SE (SE1, SE2, SE3 et SE4), les RSF suivants sont supprimés de l'analyse :

- RSFB sans RSFA associé
- RSFB avec prestation GHS
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture
- Doublons sauf cas autorisés : Seuls les doublons de codes SE sont autorisés dans un même RSF
- Mauvaises combinaisons de codes :
  - o Les ATU et FFM ne peuvent pas figurer dans le même RSF
  - o Seuls les codes FTN, FTG et FTR peuvent être combinés sur un même RSF avec un ATU, un FFM ou un SE
- RSFB avec PU différent du tarif BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :
  - o  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO pour les FFM}$  ;
  - o  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient pour les ATU et SE}$  ;
 Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

Concernant les séjours en hospitalisation complète, les factures et séjours suivants sont supprimés de l'analyse :

- Les séjours en CMD 90 (hors 90H02Z et 90H03Z)
- Les séjours en prestation inter-établissement : il s'agit des séjours dont la variable type de séjour du RSA est égal à 'B'
- Les séjours de chirurgie esthétique ou de dialyse péritonéale : Il s'agit des séjours en GHM 09Z02Z, 23Z03Z, 24Z19Z (chirurgie esthétique) et 28Z05Z, 28Z06Z (dialyse péritonéale)
- Les séjours sans RSFB mais avec un total BR prestation hospitalière non nul : Il s'agit des séjours avec un montant prestation hospitalière non nul dans le RSFA mais sans RSFB associé
- Les séjours avec prestation PJ : Séjour avec un code = PJ
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une « régularisation négative » (=5). Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le séjour est éliminé
- RSFA à 0 avec des lignes de RSFB pour un séjour : Il s'agit de factures dont le RSF-A est à 0, mais qui comprend des lignes de RSF-B (constatation faite sur les fichiers de RSF, il n'y a théoriquement pas de raison pour que ce type d'enregistrement soit produit)
- Séjour avec plusieurs GHS hors cas admis. Il s'agit ici de séjours complets qui peuvent comporter plusieurs factures. Même dans ce cas on ne peut avoir qu'un seul GHM (si on ne tient pas compte des annule remplace qui se neutralisent).

Les cas admis sont les dialyses, les séances de chimiothérapie, les séances de transfusion, les séances de caissons hyperbares et les GHM de la CMD 14. Les règles suivantes sont appliquées :

- o Les GHS de la CMD 14 sont cumulables avec les GHS de la CMD 15
- o Les dialyses et les séances de caissons hyperbares sont cumulables avec tous les GHS

- Les séances de chimiothérapie et les séances de transfusion sont cumulables seulement avec elles-mêmes.
- Facture avec plusieurs GHS hors cas admis : Il s'agit ici de factures individuelles (sans tenir compte des séjours) qui comportent plusieurs GHS hors les cas admis (cf plus haut).
- Facture sans GHS hors cas admis : Il s'agit de facture ne comportant pas de ligne dont le code prestation est le GHS (hors les factures nulles, les factures de dialyses et les IVG)
- Séjours avec un code prestation non renseigné
- RSFB avec GHS des suppléments journaliers non renseignés ou à 0 : On considère ici les EXH, REA, REP, STF, SRA, SRC, SSC, NN1, NN2, NN3. Pour ces suppléments, il faut indiquer au niveau de la variable GHS, le n° du GHS dans lequel le patient a séjourné.
- RSFB avec GHS non retrouvé dans la table de tarif
- RSFB avec prix unitaire différent du tarif du BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO}$ . Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

Le **tableau 00A** présente le nombre de RSF en hospitalisation complète et ceux comprenant des ATU, FFM ou SE.

Le **tableau 00B RSF et lignes de RSFB** supprimés présente, pour les ATU, FFM et SE, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montant en base de remboursement concernés. Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Le **tableau 00C Séjours et lignes de RSFB** supprimés présente, pour les séjours en hospitalisation complète, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montant en base de remboursement concernés.

Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème. Parmi ces derniers, on comptabilise ceux pour lesquels le montant remboursé ne correspond pas à la multiplication du montant BR et du taux (ou du (montant BR\*taux-16) ou du (montant BR\*taux-15) pour les séjours de 1 jour).

Les **tableaux 00D et 00E** présentent les case-mix des séjours supprimés selon le type d'erreur. Le tableau 00B présente les séjours supprimés hors problèmes de tarif et le 00C les séjours supprimés avec problème de tarif.

Le **tableau 00F Pourcentage et répartition des codes retour (CM 90)**, anciennement tableau 3, présente pour chaque GHM de la CM 90 (hors 90H02Z et 90H03Z) les différents codes retour obtenus par le groupage réalisé par AGRAF (en effectif et pourcentage).

La liste des codes retour peut être consultée à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=000250000EFF>, cliquer sur présentation générale, puis aller au paragraphe 4.3.

## ANALYSE DU RSA

### Tableaux 01 : RSA transmis sur la période

Ces tableaux présentent les variables décrites ci-dessous, en global et par mois, et les comparent aux données de la même période de l'année n-1.

- Nombre de RSA transmis (uniquement tableau 01A) : correspond au nombre de RSA transmis avant les suppressions des erreurs (cf. tableau 00C).
- Nombre de RSA traités : correspond au nombre de RSA conservés à la suite des suppressions du tableau 00. Pour l'année n-1, il correspond au nombre de RSA une fois supprimées les erreurs décrites dans le tableau 00C.
- Nombre de RSA CMD 1 à 27 + GHM 90H02Z hors CM24 : Correspond au nombre de RSA classés dans les CMD hors CM 24 et 28 et hors erreur. Sont comptabilisés les séjours du GHM 90H02Z
- Nombre de journées CMD 1 à 27 + journées du GHM 90H02Z hors CM24 : Correspond à la somme des journées comptabilisées sur les séjours classés dans les CMD hors CM 24 et 28 et hors erreur. Sont comptabilisés les journées des séjours du GHM 90H02Z
- Nombre de RSA séances : Nombre de RSA classés dans les GHM de séances (CM 28)
- Nombre de séances : Correspond à la somme du nombre de séances indiquées dans le RSA. Dans le cas d'un groupage en séance lié au DP une séance est comptabilisée
- Nombre de RSA CM 24 + GHM 90H03Z : Correspond au nombre de RSA de la CM 24
- Dont nombre de RSA DS=0 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égal à 0 jour
- Dont nombre de RSA DS=1 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égal à 1 jour
- Dont nombre de RSA en unité d'hospitalisation de courte durée avec DS>1 : Correspond au nombre de RSA de CM24 en UHCD ayant une durée de séjour supérieure à 1 jour

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant :  $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$ .

### Tableaux 02\_1 : Chaînage

**Le Tableau 02\_1 A (Chaînage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes)** présente, en fait, une série de 7 tableaux correspondant à la présentation des anomalies rencontrées dans le processus de chaînage.

Chaque tableau, présente les informations suivantes :

- Colonne 1 : libellé du code retour
- Colonne 2 : la fréquence du code retour. C'est le nombre d'enregistrements ayant le code retour indiqué en colonne 1
- Colonne 3 : la part représentée par le code retour sur l'ensemble des enregistrements
- Colonne 4 : Effectif cumulé. Il s'agit du nombre total d'enregistrements examinés jusqu'ici. Lorsque l'on soustrait ce chiffre avec celui de la ligne précédente, on retrouve l'effectif indiqué en colonne 2

- Colonne 5 : pourcentage cumulé. Même information mais exprimée en pourcentage.

Les quatre premiers tableaux concernent les variables utilisées dans VID-HOSP :

**A. contrôle N° de Sécurité sociale (cret1)**

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 13)
- 2 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')
- 9 : Traitement impossible

Le code retour 9 (Traitement impossible) indique que l'enregistrement traité ne respecte pas, de manière flagrante, le format VID-HOSP (sa longueur dépasse la longueur totale d'un enregistrement au format VID-HOSP). Lorsque l'on est en présence d'un tel cas, les 4 codes retour (cret1, cret2, cret3 et cret4) sont positionnés à 9.

**B. contrôle Date de naissance (cret2)**

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 8)
- 2 : Renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)
- 9 : Traitement impossible

**C. contrôle du sexe (cret3)**

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')
- 2 : Valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})
- 9 : Traitement impossible

**D. contrôle du N° administratif (cret4)**

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Non renseigné (longueur nulle)
- 9 : Traitement impossible

Les deux tableaux suivants concernent les deux fusions opérées par GENRSA pour relier le numéro anonyme produit par MAGIC avec les RSA

**E. contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (cret5)**

La fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI permet de constituer le fichier ANO-PMSI. Ce dernier est une table de correspondance entre le numéro anonyme et le n° RSS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RSS (fichier HOSP-PMSI).

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : N° Administratif dans le fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier de ANO-HOSP
- 2 : Problème de calcul de clé d'intégrité sur ANO-HOSP
- 3 : Présence des deux erreurs 1 et 2
- 9 : Traitement impossible

**F. contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI (cret6)**

0 : Pas de problème à signaler

1 : N° de RSS dans fichier RSA modifié mais pas dans le fichier ANOPMSI

**G. contrôle cohérence date d'entrée (cret7)**

0 : Pas de problème à signaler

1 : Problème de format de date

2 : année d'entrée antérieure à 1990

**Tableau 02\_1 B : Chaînage Combinaison des types d'erreur - Nombre de séjours sans erreur**

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 2A permet d'interpréter ce tableau. Il présente en effet la combinaison des 7 codes retour présentés plus haut.

Par exemple pour un code 9999101, il faut comprendre cret1=9, cret2=9, cret3=9, cret4=9, cret5=1, cret6=0 et cret7=1.

**Tableau 02\_1 C (Synthèse de la procédure de chaînage des résumés PMSI)**

Ce tableau comporte les lignes suivantes :

- Le nombre de séjours pour lesquels il n'y a pas de clé de chaînage associée (cret5 différent de 0 ou cret6 égal à 1 ou cret4 égal à 1) ou encore pour lesquels la clé de chaînage a été générée sans le numéro de sécurité sociale (cret1 égal à 2)
- Le nombre de séjours pour lesquels l'identifiant séjour (fichier ANO) n'est pas calculable (cret7 différent de 0)
- Le nombre de séjours présentant d'autres anomalies dans les contrôles faits à l'occasion de la procédure de chaînage
- Le nombre de séjours sans anomalie rencontrée lors des contrôles fait à l'occasion de la procédure de chaînage (cret égal à 0000000) ; ces 3 lignes présentent une synthèse du tableau « combinaisons des types d'erreur »
- Le nombre de séjours sans incohérence : De la ligne précédente sont enlevés les séjours présentant, pour des hospitalisations successives d'un même patient, un changement du code sexe ou de la valeur de l'âge de plus d'une unité ainsi que les séjours ayant un mois de sortie différent de celui du RSS.

Les indices qui suivent sont calculés à partir de cet ensemble de séjours :

- Le nombre de patients : correspond au nombre de clés de chaînage (= n° anonyme) distinctes
- Le nombre d'hospitalisation simultanée : correspond à des séjours successifs pour un même patient, non disjoints ; cette information est déduite de la variable indicatrice de séjour (délai entre la date d'entrée et une date déduite par cryptage irréversible de la clé de chaînage) combinée aux informations des RSA ; ceci survient en cas de non respect de la règle de clôture des séjours PMSI avant le suivant
- Le nombre de réadmission en hospitalisation complète : est déterminé au sein du sous-ensemble des séjours de ce type
- Le nombre de ces réhospitalisations se faisant dans un délai inférieur à 2 jours
- Le délai médian de réadmission en hospitalisation complète (en jours).

<b>Tableau 02_2 : Analyse des codes de prise en charge</b>
--

**Tableau 02\_2 A : Répartition des codes de prise en charge**

Ce tableau présente, selon le code de prise en charge :

- Les séjours ou séances (en effectif et %)
- Les factures nulles (en effectif et %)

- Les nouveaux-nés en CMD 15 (en effectif et %)

Les 2 dernières lignes indiquent le nombre de séjours qui ne seront pas pris en compte dans la suite des analyses (qui correspondent aux factures nulles hors NN) et le nombre de séjours effectivement traités.

#### **Tableau 02\_2 B : Casemix des séjours non pris en compte**

Ce tableau présente le casemix des séjours non pris en compte identifiés dans le tableau 02\_2 A.

#### **Tableau 02\_3 : Analyse des données déjà envoyées**

##### **Tableau 02\_3 A (Comparaison case-mix pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 02\_3 A présente le case-mix comparé pour la période précédente, des GHM envoyés à la période précédente et à la période courante. Par exemple, si l'on est au mois d'avril, ce tableau compare les GHM envoyés au 1<sup>er</sup> trimestre aux GHM du 1<sup>er</sup> trimestre envoyés pour la transmission du mois avril.

##### **Tableau 02\_3 B (Couples de GHM différents pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 02\_3 B présente les couples de GHM différents par séjour, pour la période précédente, entre l'envoi de la période précédente et l'envoi de la période courante. Si l'on est à la transmission d'avril, ce tableau présentera les couples de GHM différents par séjour au 1<sup>er</sup> trimestre, entre l'envoi du 1<sup>er</sup> trimestre et l'envoi du mois d'avril.

#### **Tableau 04 : Répartition des séjours avec incompatibilité DG/Acte**

Ce tableau présente les variables décrites ci-dessous et les compare aux données de la même période de l'année n-1. Un % d'évolution est calculé.

- Incompatibilité DG/Acte plus de 2j : Correspond au nombre de séjours classés dans le GHM 90H02Z
- Incompatibilité DG/Acte moins de 2j : Correspond au nombre de séjours classés dans le GHM 90H03Z
- Evitement Groupe 90C01Z (anciennement 901) : Correspond au nombre de séjours classés dans un GHM « normal » mais ayant un code retour 80 correspondant à la présence d'un acte chirurgical mineur incompatible avec le diagnostic principal.

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant :  $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$

#### **Tableau 05 : Pourcentage et répartition des codes retour facultatifs**

Ce tableau présente les différents codes retour facultatifs obtenus par le groupage réalisé par GENRSA. La liste des codes retour peut être consultée à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=000250000EFF>, cliquer sur présentation générale, puis aller au paragraphe 4.3.

Les fréquences sont comparées d'une part aux données de l'établissement année n-1 ainsi qu'aux données de la base nationale.



L'unité de compte est le RSA (pour les séances : un RSA est comptabilisé à 1, quelque soit le nombre de séances qu'il représente).

La colonne « Variation % » correspond au calcul suivant :  $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

#### **Tableau 06 : Répartition du mode de sortie**

Ce tableau présente la répartition des modes de sortie de l'établissement. Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

L'unité de compte est le RSA (pour les séances : un RSA est comptabilisé à 1, quelque soit le nombre de séances qu'il représente).

La colonne « Variation % » correspond au calcul suivant :  $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

#### **Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée**

Ce tableau présente la répartition des modes d'entrée de l'établissement. Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

L'unité de compte est le RSA (pour les séances : un RSA est comptabilisé à 1, quelque soit le nombre de séances qu'il représente).

La colonne « Variation % » correspond au calcul suivant :  $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

#### **Tableau 08 : Répartition des différences de groupage (séjours hors période)**

Ce tableau présente les différences de groupage entre GENRSA et le groupage de l'établissement. Contrairement aux versions antérieures de MAHOS, MAT2A ne réalise pas de regroupage des données. Les seuls traitements réalisés sont la mise en erreur 90H01Z des séjours hors période, des séjours de longueur anormale, ayant une version de GENRSA non conforme ou ayant une version de RSA non conforme. Ce sont donc ces erreurs que l'on peut retrouver dans ce tableau.

Dans MAT2A ce sont donc les RSA d'origine qui sont traités et ce sont les données de valorisation calculées par GENRSA qui seront utilisées.

Ce tableau présente donc les différences de groupage entre le groupage de GENRSA et celui du groupeur utilisé dans l'établissement.

#### **Tableau 09 : Répartition de différents types de séjour**

##### **Tableau 09A : Différents types de séjour par type d'hospitalisation**

Ce tableau présente la répartition de certains types de séjours caractérisés sur leurs modes d'entrée et de sortie en fonction du type de GHM :

- CMD 1 à 27 hors 24 et GHM 90H02Z (type 1)
- CM 24 hors séances et GHM 90H03Z (type 2)
- Groupes de séances CMD 28 (type 3)

Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

Les différents types de séjour sont les suivants :

- Nombre de séjours/séances : correspond soit au nombre de séjours (type 1), au nombre de venues (type 2) ou au nombre de séances (type 3)
- Nombre séjours avec Z7580 (PIE type A) ; correspond au nombre de séjours/séances ayant un diagnostic associé Z7580, correspondant à la réalisation d'un acte dans un autre établissement (prestation inter-établissement de type A)
- Nombre séjours Mode Entrée=7 et Mode sortie=7
- Nombre séjours Mode Entrée=6 et Mode sortie=6
- Nombre séjours multiUM

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant :  $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$

#### **Tableau 09B : Répartition de différents types de séjour**

Ce tableau présente :

- Nombre de séjours CMD 1 à 27 hors CM24
- Nombre de séjours CM24
- Nombre de séances
- Nombre de séjours DS=0
- Nombre de séjours DS=1
- Nombre de séjours au-delà de la borne extrême basse (hors CM24 et séances)
- Nombre de passages en unité d'hospitalisation de courte durée
- Nombre de séjours en unité d'hospitalisation de courte durée

#### **Tableau 10 : GHM à fort taux de DC**

Ce tableau présente les GHM ayant un fort taux de décès déterminé comme étant égal à 10 fois le taux de décès dans la base nationale.

Ce tableau est inspiré d'un contrôle réalisé dans DATIM. Il est fréquemment non renseigné.

#### **Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique**

Ce tableau présente les GHM ayant un DMS dans l'établissement atypique :

- Si l'effectif dans l'établissement est supérieur à 100 alors le GHM a une durée atypique si la DMS est :
  - o Inférieure à la DMS du GHM dans la base nationale divisé par 3 ou
  - o inférieure à la DMS de la BN – 8jours
- Si l'effectif est inférieur à 100 la DMS doit être :
  - o Inférieure à la DMS du GHM dans la base nationale divisé par 4 ou
  - o inférieure à la DMS de la BN – 12jours

Ce tableau est inspiré d'un contrôle réalisé dans DATIM. Il est fréquemment non renseigné.

#### **Tableau 12 : Casemix G.H.M. - C.M.D. 1 à 23 - 25 à 27 - Groupe 90H02Z**

Ce tableau présente un certain nombre d'indicateurs par GHM hors CM 24, CM28 et erreurs. Il correspond au tableau 17A qui était réalisé dans MAHOS.

Il présente les colonnes suivantes :

- Effectif RSA Hôpital : Nombre de séjour du GHM dans l'établissement

- % Hôpital : correspond au % du nombre de séjour des GHM présentés dans le tableau
- Nombre journées Hôpital
- DMS Hôpital
- DMS Base Nationale
- Age moyen Hôpital
- Age moyen Base Nationale
- % Décès Hôpital
- % Décès Base Nationale

<b>Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)</b>
---

Ce tableau présente des indicateurs par groupe séances.

- Nombre de RSA : Correspond au nombre de RSA de séances
- Nombre de séances
- % séances Hôpital : par groupe séance sur le total des séances de l'établissement
- Nombre moyen de séances/RSA Hôpital
- Nombre moyen de séances/RSA Base Nationale

<b>Tableau 14 : Casemix G.H.M. - C.M. 24 hors séances - Groupe 90H03Z</b>
---

Ce tableau présente des indicateurs par GHM de la CM 24.

- Effectif RSA Hôpital : Nombre de séjours du GHM dans l'établissement
- % Hôpital : correspond au % du nombre de séjours des GHM présentés dans le tableau
- Nombre journées Hôpital
- % de séjour de 1 jour Hôpital
- % de séjour de 1 jour Base Nationale
- Age moyen Hôpital
- Age moyen Base Nationale
- % Décès Hôpital
- % Décès Base Nationale

<b>Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement</b>
--

Ce tableau présente une estimation de la « performance globale » de l'établissement en durée de séjour. Seuls sont concernés ici les séjours hors CM 24 et 28.

Le nombre de journées théorique de l'établissement (ou journées standardisées) correspond au nombre de journées qu'aurait produit l'hôpital si les durées moyennes de séjour par GHM avaient été égales à celles de la base nationale.

Le rapport du nombre de journées théoriques sur le nombre de journées effectuées estime la performance globale en terme de durée de séjour de l'établissement par rapport à la base nationale.

<b>Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale</b>
---

Ce tableau présente les GHM (hors CM 24 et CM28) pour lesquels la DMS de l'hôpital est la plus éloignée de la Base Nationale. Le nombre de GHM qui constitue ce tableau répond à une double contrainte :

- effectif supérieur ou égal à 10
- nombre maximum de GHM présentées égal à 20.

Ce tableau propose par GHM :

- Le nombre de séjours dans le GHM
- Le nombre de journées
- Le nombre de journées si l'hôpital avait la DMS de la base nationale (effectif\*DMS Base Nationale)
- La différence entre les 2 items précédents
- La DMS dans l'établissement
- La DMS dans la base nationale
- Ecart entre les DMS

<b>Tableaux 17 : Analyse des complications</b>
--

**Tableau 17 A : Analyse des complications par couple de GHM – Test DATIM n°17**

Ce tableau est l'équivalent du test 17 de Datim.

En V9 : On supprime les séjours des personnes de plus de 69 ans et les couples de GHM avec moins de 100 séjours.

En V10 : On supprime les séjours des personnes de plus de 69 ans si « >69 ans » est indiqué dans le libellé du GHM, les couples de GHM avec moins de 20 séjours et les séjours de moins de 4 jours.

Ce tableau présente :

- Le numéro de couple
- Le GHM compliqué
- Le GHM non compliqué
- L'effectif du GHM compliqué
- La part du GHM compliqué dans le couple de l'hôpital
- La part du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- La moyenne du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- L'écart-type du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- La compatibilité avec le test 17 de DATIM

**Tableau 17 B : Analyse des complications par CMD et GHM Médicaux-Chirurgicaux - Age compris entre 18 et 69 ans**

Dans ce tableau, afin de ne prendre en compte que l'influence des CMA proprement dites sur le classement des GHM avec complication, seuls sont considérés les séjours des personnes dont l'âge est compris entre 18 et 69 ans.

Sont considérés comme chirurgicaux les GHM dont la lettre en 3<sup>ème</sup> position est 'C' ou 'K'.  
Sont considérés comme médicaux les GHM dont la lettre en 3<sup>ème</sup> position est le 'M'.

Le tableau présente pour la population des 18-69 ans de chaque CMD :

- Le nombre total de séjours (parmi la population des 18-69 ans)
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux , en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de la base nationale
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de la base nationale.

<b>Tableaux 18 : Analyse des complications sévères</b>
--

**Tableau 18 A : Analyse des complications sévères – Test Datim n°18**

Ce tableau est l'équivalent du test 18 de Datim.

En V9 : On supprime les CMD avec moins de 100 séjours.

En V10 : On supprime les CMD avec moins de 20 séjours et les séjours de moins de 4 jours.

Ce tableau présente :

- Le GHM
- Le nombre de séjours dans la CMD
- Le nombre de séjours dans le GHM
- La part des séjours du GHM CMAS dans les séjours de la CMD de l'hôpital
- La borne du GHM CMAS dans la CMD de la base nationale
- La compatibilité avec le test 18 de DATIM

**Tableau 18 B : Analyse des complications sévères par CMD et GHM Médicaux-Chirurgicaux**

La définition utilisée pour les GHM médicaux ou chirurgicaux est la même que pour le tableau 17B. Le tableau présente pour chaque CMD et quel que soit l'âge de la population :

- Le nombre total de séjours
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de la base nationale

- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de la base nationale.

<b>Tableaux 19 : Prise en charge CM24</b>
---

**Tableau 19 A : Prise en charge CM24 : Analyse de la DS**

Ce tableau présente la répartition des séjours en fonction de la durée de séjour dans la CM 24.

- Effectif DS=0 Année n
- Effectif DS=1 Année n
- Effectif DS=0 Année n-1
- Effectif DS=1 Année n-1
- % DS=0 Année n
- % DS=0 Année n-1
- Evolution % DS=0

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant :  $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$

**Tableau 19 B : Analyse des couples de GHM CM24 / hors CM24**

Ce tableau présente, par couple de GHM ambulatoires / non ambulatoires, le nombre de séjours d'une durée de 0 jour, de 1 jour, de 2 jours et de plus de 2 jours et les pourcentages correspondants.

Le tableau est divisé en deux, entre les couples contenant les GHM ambulatoires valorisés à 100% T2A pour les établissements ex-DGF en 2007 (qui correspondent aux GHS 8053, 8002, 8005, 8008, 8023) et les autres couples.

<b>Tableau 20 : Répartition des codes géographiques</b>
---

**Tableau 20A : Répartition des codes géographiques par type de séjours (présentation d'au moins 85% des séjours par type)**

En suivant l'ordre des colonnes de gauche à droite, on y trouve pour chacun des codes géographiques représentant 85% des séjours :

- Code géographique
- Le nombre de séjours des CMD hors CM 24
- Part sur tous les séjours des CMD hors CM 24
- Nombre de RSA séances
- Part sur tous les RSA séances
- Nombre de RSA CM 24 hors séance
- Part sur tous les RSA CM 24 hors séance

**Tableau 20B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants**

Ce tableau présente la répartition (effectif+pourcentage) des codes géographiques manquants ou erronés (se terminant par 999).

<b>Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation</b>
--

Ce tableau présente la répartition du nombre de séances et d'actes de dialyse en hospitalisation.

Se reporter dans le texte suivant au paragraphe expliquant la valorisation de la dialyse :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0002200057FF>

- Nombre Séances : nombre total de séances
  - o Séances d'entraînements à la DP automatisée
  - o Séances d'entraînements à la DP continue ambulatoire
  - o Séances d'entraînements à l'hémodialyse
  - o Séances d'hémodialyse avant SROS
  - o Séances d'hémodialyse après SROS (D09)
  - o Séances d'hémodialyse après SROS (D10)
  - o Séances d'hémodialyse après SROS (D11)
- Nombre Suppléments : nombre total de suppléments
  - o Nombre de suppléments d'hémodialyse
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP automatisée
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP continue ambulatoire
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à l'hémodialyse

<b>Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation</b>
---

Ce tableau présente la répartition du nombre d'actes de radiothérapie par GHM (24Z03Z→24Z07Z avant le 15 mars et 28Z08Z→28Z13Z après le 15 mars) pour l'année n et n-1.

<b>Tableaux 23 : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments</b>
--

**Tableau 23 A : Unités médicales et autorisation déclarées**

Ce tableau présente, par unité médicale, les dates d'effet, les dates de fin (s'il y en a), le nombre de lits déclarés et le nombre de suppléments théoriques calculés sur la période.

**Tableau 23 B : Nombre de suppléments déclarés et valorisés**

Ce tableau présente le nombre de suppléments calculés dans le RSA :

- Nb suppléments REA
- Nb suppléments de REA pédiatrique (à partir du 1<sup>er</sup> mars)
- Nb suppléments SRA
- Nb suppléments STF
- Dont nb suppléments STF issu de réa
- Nb suppléments SRC
- Nb suppléments SSC
- Nb suppléments NN1
- Nb suppléments NN2
- Nb suppléments NN3

## ANALYSE DU RSF

### Tableau 30 : Analyse des retours NOEMIE

#### Tableau 30 A : Analyse de l'état de liquidation de la facture - RSFA-A

Ce tableau présente la répartition de l'état de liquidation de la facture en effectif et pourcentage (variable du RSFA-A).

#### Tableau 30 B : Analyse des natures d'opération NOEMIE - RSFB

Ce tableau présente la répartition des natures d'opération NOEMIE en effectif et pourcentage.

#### Tableau 30 C : Analyse du montant remboursé NOEMIE

Ce tableau indique le nombre de lignes et le nombre de séjours pour lesquels :

- le montant remboursé NOEMIE est rempli
- le montant remboursé NOEMIE est rempli et égal à la variable montant remboursable du RSFB
- le montant remboursé NOEMIE est rempli, égal à la variable montant remboursable du RSFB, avec une nature d'opération NOEMIE égale à 'Paiement'.

Des écarts entre le montant remboursé NOEMIE et le montant remboursable du RSFB peuvent exister, liés aux ajustements de facturation réalisés par la caisse.

### Tableau 31 : Codes prestation des RSF avec ATU, FFM ou SE

Il s'agit de la présentation des codes prestations ATU, FFM ou SE des RSFB facturés, ainsi que du montant base remboursement et du montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

### Tableau 32 : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA

La facturation des nouveaux-nés en T2A se fait dans la majorité des cas sur la facture de la mère. Les règles de production des RSS, imposant la réalisation de RUM pour les nouveaux-nés, entraînent la réalisation de factures nulles (RSF ne contenant qu'un RSF de type A dont tous les montants sont mis à 0). Donc on n'a pas de couplage entre les RSA et les RSF, mais on peut cependant comparer les case-mix en GHS des séjours en CMD 15 sur les fichiers de RSA produits par AGRAF et les GHS de NN que l'on retrouve sur les factures des mères (CMD 14). C'est l'objet de ce tableau.

Normalement les 2 case-mix devraient être parfaitement superposables. Notons que les erreurs peuvent être liées à la production des RSS ou des RSF.

Exemple d'erreur lié au RSS : production d'un facture de nouveau-né par accouchement et pas par naissance. On a donc un seul RSA dans le cas de jumeaux ou de triplés.

Exemple d'erreur lié à la facturation : Ce n'est pas le bon GHS qui est facturé.



<b>Tableau 33 : Séances de chimiothérapie, transfusion et caisson hyperbare (hors facture nulle NN)</b>
---

Les règles de facturation pour la chimiothérapie, les séances de transfusion et les séances de caisson hyperbares autorisent la réalisation de factures contenant plusieurs lignes de GHS où théoriquement la quantité doit être égale à 1, car les dates de réalisation doivent être indiquées. Les règles de production des RSS autorisent la réalisation d'un seul enregistrement pour plusieurs séances.

La chimiothérapie correspond au GHM 28Z07Z et au GHS 8300.

Les séances de transfusion sanguine correspondent au GHM 28Z14Z et au GHS 9513.

Les séances de caisson hyperbare correspondent au GHM 28Z15Z et au GHS 9514.

Le tableau 33 présente les décomptes suivants par type de séances (chimiothérapie, transfusion ou caisson hyperbare) :

- Nombre de séances fichier de RSA : somme du champ 'nombre de séances' pour le GHM correspondant
- Nombre de séances fichier de RSF : somme du champ 'quantité' du RSF pour les lignes comportant un code 'GHS' et le numéro de GHS correspondant
- Nombre de RSA ayant un nombre de séances et de GHS facturé différent : il s'agit de RSA dont le nombre de séances est différent de celui des GHS facturés dans le RSF associé
- Nombre de RSA séance sans GHS facturé : Incohérence de groupage : le RSS de séance est couplé à un GHS qui n'en est pas
- Nombre de GHS facturés sans RSA séances : Incohérence de groupage : Pb inverse au précédent

<b>Tableau 34 : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)</b>
--

Les règles de facturation pour la dialyse sont similaires à celles de la chimiothérapie pour ce qui est des dialyses réalisées en ambulatoire. Par contre pour celles réalisées dans le cadre d'une hospitalisation, la facture comprendra un code prestation de type 'D0x' ou 'D1x' en plus du GHS de la prise en charge. Le RSS, lui devra contenir un acte de dialyse.

Le tableau 34 présente les décomptes suivants :

- Nombre de séances de dialyse fichier de RSA
- Nombre d'actes de dialyses fichier de RSA
- Nombre de prestations 'Dxx' fichier de RSF
- Dont nombre de prestations 'Dxx' dans une facture avec prestation GHS. Ils doivent correspondre aux actes de dialyse
- Nombre de RSA avec un nombre de séances (28Z) différent du nombre Dxx du RSF associé (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSA groupé en 28Z sans prestation Dxx (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSF avec prestation 'Dxx' (hors factures avec prestation GHS) sans RSA groupé en 28Z

<b>Tableau 35 : Différences de groupage AGRAF RSF - hors dialyse et NN</b>
--

Ce tableau présente les différences de groupage en GHS entre AGRAF et les RSF.  
Le GHS 9999 est obtenu lorsque le GHM correspondant (dans le RSA) n'a pas de correspondance en GHS : il peut s'agir d'un GHM d'IVG ou d'un groupage en erreur.  
Il donne également les montant en base de remboursement dans les 2 cas.

<b>Tableau 36 : Analyse comparative des EXH et EXB - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)</b>
--

En facturation, les EXH ont une prestation particulière, alors que les EXB (durée de séjour inférieure à la borne) sont codés dans la variable coefficient qui vaut 0,5.

Ce tableau présente les décomptes suivants :

- Nombre d'EXH fichier de RSA : nombre total d'EXH calculés sur fichier RSA
- Nombre d'EXH fichier de RSF : nombre total d'EXH facturés sur fichier de RSF
- Nombre d'enregistrements avec des différences d'EXH : il s'agit des différences entre le nombre calculé et le nombre facturé sur les couples RSA-RSFA
- EXH facturé associé à un groupage différent RSF-RSA : Dans le cas d'une différence de groupage les bornes ne sont plus les mêmes et donc peuvent engendrer des facturation d'EXH non prévue
- Nombre d'EXB fichier de RSA
- Nombre d'EXB fichier de RSF
- Nombre d'enregistrements avec des différences d'EXB : il s'agit des couples de RSF-RSA pour lesquels on a un coefficient à 0,5 et pas d'indicateur EXB calculé, ou l'inverse
- EXB facturé associé à un groupage différent RSF-RSA

<b>Tableaux 37 : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonatal (hors facture nulle NN)</b>
---

Il s'agit de l'analyse des suppléments liés à la T2A.

**Tableau 37 A : Analyse des SRA, SSC, SRC**

Ce tableau présente pour chacun des suppléments SRA, SSC, SRC :

- le nombre de séjours dans le RSFB avec le supplément
- le nombre de suppléments dans le RSFB
- le nombre de séjours dans le RSA avec le supplément
- le nombre de suppléments dans le RSA
- le nombre de séjours avec un nombre de suppléments différent dans le RSA et dans le RSFB

**Tableau 37 B : Analyse des suppléments de réanimation**

Sont présentés dans ce tableau :

- Le nombre de séjours et le nombre de suppléments REA dans le RSFB
- Le nombre de séjours et le nombre de suppléments REA dans le RSA associé, avec un type d'unité médicale différent de 1
- Le nombre de séjours et le nombre de suppléments REA dans le RSA associé, sans

indication réa : l'indication de réanimation est calculée sur le RSA comme pour les établissements publics (IGS >15 et présence d'actes marqueurs). Cela représente les conditions d'attribution du supplément REA après le SROS de réanimation.

#### **Tableau 37 C : Analyse des suppléments REP, STF, NN1, NN2, NN3**

Ce tableau présente pour chacun des suppléments STF, NN1, NN2, NN3 et REP :

- le nombre de suppléments dans le RSFB
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de suppléments dans le RSA
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de séjours avec un nombre de suppléments différent dans le RSA et dans le RSFB

#### **Tableau 38 : Codes prestations**

Il s'agit de la présentation de l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type B (y compris ATU, FFM et SE), ainsi que du montant base remboursement et du montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Le tableau est divisé en deux, entre les codes que l'on retrouve dans la norme B2 et ceux qui n'y sont pas.

#### **Tableau 39 : Case-Mix GHS**

Le **tableau 39 A** présente le case-mix des GHS (hors facture avec GHS de nouveau-né) et des IVG, basés sur les RSF. Ce n'est pas celui des RSA, s'il y a des différences de groupage (cf tableau 46), c'est celui des RSF qui est présenté.

Le **tableau 39 B** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB autres que celles ayant un GHS NN. Il devrait normalement correspondre aux factures des mères.

Le **tableau 39 C** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB avec un GHS de nouveau-né.

Le **tableau 39 D** présente le case-mix facturation pour les dialyses.

#### **Tableau 40 : Analyse des RSFP**

Le **tableau 40 A Comparaison RSFB prothèse/RSFP** présente :

- Les RSFB prothèse sans RSFP associé
- Les RSFP sans RSFB associé
- Les RSFP avec RSFB prothèse avec montant identique
- Les RSFP avec RSFB prothèse, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro).

Les codes prestations prothèse pris en compte pour les RSFB sont : COR, MAD, ORP, PA,

PII, POC, PME

Le **tableau 40 B** présente la répartition des codes de prothèses du RSFP.

<b>Tableau 41 : Analyse des RSFI</b>
--------------------------------------

Le **tableau 41 A** présente la répartition des établissements de transfert, de retour ou de lieu d'exécution de l'acte du RSFI.

Le **tableau 41 B** présente la répartition des interruptions de séjour.